Lane Medical Library

Zur

Wechselwirkung zwischen Syphilis und anderen Krankheiten,

insbesondere zwischen Psoriasis vulgaris und dem papulösen Syphilid.

Inaugural-Dissertation

der medicinischen Fakultät zu Jena

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

Medicin, Chirurgie und Geburtshilfe

vorgelegt

von

Max Werner,

approbirtem Arzte aus Dresden.

Jena 1892.

G. Neuenhahn Universitäts-Buchdruckerei.

Genehmigt von der medicinischen Fakultät auf Antrag des Herrn Professor Dr. Stintzing.

Jena, den 1. April 1892.

Prof. Dr. **A. Gärtner,**
z. Zt. Decan.

Bekanntlich zeigen verschiedene acute und chronische Krankheiten ein sehr differentes Verhalten in Bezug auf die Entwicklung und den Verlauf gleichzeitig bestehender Syphilis. Bei den acuten fieberhaften Erkrankungen, so z. B. bei Variola, Typhus und Pneumonie treten alsbald nach dem Fiebereintritte die luetischen Erscheinungen, vor allem die exanthematischen Formen, in den Hintergrund. Ganz typische makulöse und papulöse Syphilide erblassen oder kommen während der Dauer der acuten Erkrankung zum vollständigen Verschwinden, wenn das Fieber einen gewissen Grad erreicht. Ist nun die intercurrierende, acute Erkrankung abgelaufen, so treten die Syphilide wieder in den Vordergrund, jedoch in abgeschwächtem Masse. Hier gilt dann die Regel, dass das jeweilige Stadium der Syphilis jenem entspricht, welches spontan erreicht worden wäre im Verlaufe der Syphilis, d. h. sofern die intercurrierende Erkrankung nicht dazwischen getreten wäre. So kann der Fall eintreten, wie es bei einer Combination von Typhus mit einem papulösen Syphilid stets thatsächlich vorkommt, dass bei einer langandauernden, acuten, mit sehr hohen Temperatursteigerungen einher gehenden Erkrankung das papulöse Exanthem nicht

nur vollständig verschwindet, sondern auch später in der Rekonvalescenz nicht mehr auftritt. Bei sich in kürzerer Zeit abspielenden, acuten, fieberhaften Erkrankungen, wie z. B. bei der Pneumonie, würde zwar ein Verblassen dieses papulösen Syphilides erfolgen; es würden jedoch Residua nach Ablauf derselben noch vorhanden sein. Es sei hier gleich noch erwähnt, dass, obwohl die Hautsyphilide so bedeutend durch die acuten, fieberhaften Erkrankungen beeinflusst werden, das verzögerte Auftreten späterer luetischer Formen nicht ausgeschlossen ist. Diese Beobachtung, dass acute, fieberhafte Krankheiten im Verlauf der Syphilis eine Verzögerung, gleichsam eine Hinausschiebung der syphilitischen Exantheme bewirken, verdanken wir vor allem Bassereau und Lanceraux. Von letzterem wurde ferner ein Verschwinden der Hautsyphilide bei gleichzeitiger Combination mit Cholera beobachtet.

Interessant und schon aus älterer Zeit stammend ist die Thatsache, dass das Erysipel einen sehr auffallenden Einfluss auf luetische Erscheinungen hat. Bidenkap beobachtete in einem Falle, dass luetische Impfpapeln während eines Erysipels sich abflachten, nach Verschwinden des letzteren sich jedoch wieder erhoben. C. Mauriac, der die älteren Beobachtungen über diesen Einfluss des Erysipels neuerdings zusammengefasst hat, bringt andere Fälle, in denen syphilitische Papeln der Lippen, der Schleimhaut des Mundes und des Isthmus faucium während eines Erysipels verschwanden. Jedoch wenige Tage nach Ablauf des Erysipels treten neue syphilitische Eruptionen hervor; bei kachektischen Formen der Lues bleibe jedoch die Heilung aus. Bäumler berichtet über einen derartigen

Fall, der in der Freiburger chirurgischen Klinik im Winter 1884 zur Beobachtung kam und von Deahna beschrieben worden ist. Er hatte Gelegenheit, den Fall selbst zu beobachten und sich von dem schnellen Verschwinden der syphilitischen Ausschläge auch an den nicht vom Erysipel befallenen Hautstellen zu überzeugen. Petrowsky berichtet von Heilung luetischer Ausschäge mit jahrelangem Freibleiben von Recidiven durch Erysipel und Variola. Ferner berichtet derselbe Autor über Heilung eines Gumma im Verlauf von Typhus. „Diese Wirkung, sagt Bäumler, der in von Ziemssen's Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie das Kapitel Syphilis bearbeitet hat, kommt wohl so zu Stande, dass in der indolenten syphilitischen Zelleninfiltration der Haut oder Schleimhaut durch die im Gefolge des Erysipels und des Fiebers eintretende stärkere Fluxion ein regerer Stoffwechsel eingeleitet wird und die in das Gewebe eingebetteten Zellen entweder rascher zerfallen und zur Resorption gelangen, oder wieder in Bewegung gesetzt werden. Diese Annahme findet eine Stütze in einer Beobachtung Cazenave's, nach welcher die in der Nähe zweier sich entwickelnder phlegmonöser Stellen gelegenen Efflorescenzen eines papulösen Exanthems sich rasch zurückbildeten. Möglicherweise spielt auch die fieberhaft erhöhte Bluttemperatur durch einen Einfluss auf das organisirte Syphiliscontagium dabei eine Rolle".

Ueber Combinationen von Diphtherie mit Syphilis war es mir unmöglich, soweit ich die diesbezügliche Literatur durchmusterte, irgend welche Angaben finden zu können. Diese Mischinfektion erscheint daher sehr selten vorzukommen.

Da ich nun Gelegenheit hatte, in der hiesigen medicinischen Klinik einen solchen Fall neuerdings zu beobachten, lasse ich hier folgenden kurzen Auszug der Krankengeschichte folgen:

Anamnese: K., Alma, 30jähr. ledige Wirtschafterin aus E., aufgenommen am 13. Febr. 1892, will 10 Jahre alt Diphtherie gehabt haben. Seit ihrem 15. Jahre habe Patientin öfters sehr schwer tragen müssen und sei dabei häufig nach hinten zu niedergestürzt. Seit jener Zeit wurde das Rückgrat angeblich verkrümmt, welcher Zustand immer schlimmer wurde.

Ihre jetzige Krankheit datirt Patientin seit Mitte December vorigen Jahres. Um diese Zeit habe sie zuerst starkes Brennen im Halse gespürt und an quälendem Husten mit reichlichem Auswurf gelitten. Sie suchte mehrfach deshalb ärztliche Hülfe auf, ohne dass sich jedoch ihr Zustand erheblich besserte. Ihre Stimme sei um diese Zeit immer klar gewesen; an Hautausschlägen habe sie oftmals früher gelitten.

Seit 8 Tagen nun habe sich ihr Zustand plötzlich verschlimmert. Unter geringen Fiebererscheinungen hätten die Schmerzen im Halse bedeutend zugenommen. Ihre Stimme sei ganz heiser geworden. Seit dieser Zeit leide sie auch an heftiger Atemnot.

Specifische Infektion wird von ihr als möglich zugegeben. Am 13. Januar 1891 gebar Pat. ein Mädchen im 8. Monat. Dasselbe lebe, sei jedoch immer sehr klein und schwächlich gewesen. Ausschlag soll dasselbe nie gehabt haben.

Status praesens am 14. Februar 1892:

Klein, schwächlicher Knochenbau, elende Muskulatur, sehr geringer Panniculus; hochgradige Cyanose im Ge-

sicht; kein Icterus, keine Oedeme; sichtbare Schleimhäute äusserst bleich.

Hochgradige Deformitas thoracis. Starke Kyphoskoliose der ganzen Brust- und oberen Lendenwirbelsäule.

Haut bleich, trocken, etwas erhöht temperirt. An den Beinen, vorwiegend linkerseits, bis markstückgrosse, bräunliche Verfärbungen der Haut.

Das Periost an der vordern Hälfte des Stirnbeins sich etwas verdickt anfühlend; der Knochen uneben; Druck daselbst äusserst schmerzhaft.

Schilddrüse etwas vergrössert, Hals ein wenig breit.

Stimme fast ganz aphonisch.

Zunge bleich, bläulichroth, grau belegt, an ihren Rändern, vorwiegend rechts und auf dem Zungenrücken zahlreiche, grauweiss verfärbte Ulcerationen sichtbar.

Zäpfchen kurz, nach links abweichend. Mehrere scharf umrandete bis 20-Pfennigstück grosse Geschwüre mit speckigem Grunde am weichen Gaumen. L. Tonsille und linker Gaumenbogen mit schmutzig weissen, festsitzenden Auflagerungen bedeckt; hintere Rachenwand schmutzig weiss verfärbt.

Laryngoskopischer Befund: Epiglottis an beiden seitlichen Rändern mässig geröthet, geschwellt, an der Unterfläche in der Mitte verdickt, grauweiss verfärbt; der laterale Rand dieser Verfärbung beiderseits in flache Ulcerationen übergehend. Beide Aryknorpel mässig geschwellt, geröthet. In der Gegend der rechten aryepiglottischen Falte einige kleine Ulcerationen sichtbar. Rima glottidis mässig weit. Linkes Stimmband steht der Mittellinie näher wie das rechte. Beide Stimmbänder sehr mangelhaft beweglich. Beide verdickt, geschwellt, grauweiss; nur zeitweise, besonders im Beginne

der Phonation, namentlich in der hintern Hälfte des rechten Stimmbandes eine deutliche Röthung sichtbar. Unter der vordern Hälfte des rechten Stimmbandes ein sich an den Rand des Stimmbandes anlehnender und von da in die Tiefe ziehender, grauweisser Wulst sichtbar. Derselbe ist auch nach starkem Husten noch vorhanden.

Husten sehr erschwert, fast tonlos. Beim Husten werden ziemlich reichliche, eitrig-schleimige Massen herausbefördert; nach dem Husten im Ganzen keine wesentlichen Veränderungen im laryngoskopischen Bilde sichtbar.

Supra- und Infraclaviculargruben mässig eingesunken.

Respiration sehr angestrengt, costoabdominal, 28.

Percussion der Lungen:

Rechte Supraclaviculargrube Schall mässig laut; links gedämpft. Rechts unterhalb der Clavicula, sowie rechts vorn unten Schall sonor. Links unterhalb der Clavicula Schall gedämpft. Untere Lungengrenze in der rechten Mamillarlinie am obern Rand der 6. Rippe. Hinten oben links Schall gedämpft, sonst Schall hinten auf der Lunge laut und voll.

Die Auscultation der Lungen ergiebt auf dem gedämpften Bezirke bronchiales Atmungsgeräusch mit zahlreichen gross- und mittelgrossblasigen, consonirenden Rasselgeräuschen; sonst Atmungsgeräusch vesikulär mit mehr oder weniger zahlreichen Ronchi sonori et sibilantes.

Auswurf sehr reichlich, schleimig-eitrig. Wiederholte Untersuchungen auf Koch'sche Bacillen ergeben konstant ein negatives Resultat.

Spitzenstoss im V. Intercostalraum, etwas ausserhalb der Mamillarlinie sicht- und fühlbar.

Herzdämpfung nach rechts nur wenig verbreitert.

Herztöne dumpf.

Deutliches Plätschergeräusch in der Magengegend.

Leber deutlich fühlbar, glatt; ihre Dämpfung ca. 3 Querfinger breit den Rippenbogen überschreitend.

Milzdämpfung normal.

Harn- und Geschlechtsapparat normal. An den Genitalien nirgends eine Narbe sichtbar.

Sämtliche Lymphdrüsen mässig vergrössert. Inguinaldrüsen bohnengross, rosenkranzartig angeordnet; auf Druck nicht schmerzhaft.

In Anbetracht der Anamnese und dieses Befundes wurde die Diagnose auf Lues faucium et laryngis gestellt. Tuberculose ward ausgeschlossen, da die zahlreichen Untersuchungen des Sputums auf Bacillen konstant negativ ausfielen. An eine Combination von Lues mit Diphtherie ward mehrfach gedacht; jedoch infolge der Seltenheit dieser Mischinfektion entschied man sich mehr zur alleinigen Annahme der Lues. Auch für die Verdichtung im Bereich des linken Oberlappens wurde angesichts des negativen Ergebnisses der Sputum-Untersuchung Lungensyphilis als das wahrscheinlichste angenommen.

Die Prognose, die von vornherein als dubia gestellt worden war, ward bald zu einer infausten, da in kürzester Zeit, nachdem überhaupt kaum mit der antiluetischen Behandlung begonnen worden war, die Herzschwäche und Atemnot sehr hochgradig wurde. Die Temperatur schwankte während der ganzen fünftägigen Beobachtung zwischen 36,9 und 38,1° C. Am 17. Februar

1892 schon, wenige Tage nach der Aufnahme trat dann auch unter den Erscheinungen des Lungenödems trotz reichlich angewandter Excitantien der Exitus letalis ein.

Die Section liess nun keinen Zweifel darüber, dass wir es hier in der That mit einer Combination von Lues mit Diphtherie zu thun gehabt hatten. Ich lasse daher kurz einen Auszug aus dem Sektionsprotokoll (Hr. Geh. Hofrat Prof. Dr. Müller) folgen:

Das Periost über der vordern Hälfte des Stirnbeins gleich dem unterliegenden Knochen bläulich geröthet mit verästelten, weissen Narbenzügen in entsprechende Vertiefungen des Knochens eingreifend. Dura der Glastafel fester als normal aufsitzend. Arterien und Meningen der Basis glatt. Anaemia cerebri.

Linker Bronchus mit gelbem Eiter prall gefüllt. Linke Lunge allseitig mässig fest mit der Rippenpleura verwachsen, von sehr geringem Volumen. Der Unterlappen an den Rändern und Basis zum Teil bullös emphysematös. Oberlappen wenig voluminös. Die Pleura mehrfach in flache Narben eingezogen, in deren Bezirk weiss getrübt, verdickt. Oberlappen rothbraun, luftleer, lederartig, zäh, überall durchsetzt von bis kirschengrossen, dünnen und glattwandigen, gelben Eiter enthaltenden Bronchialerweiterungen.

Unterlappen gelblich roth, lufthaltig; auch seine Bronchien mehrfach teils gleichförmig, teils umschrieben erweitert. Bronchien geröthet, geschwellt, überall mit Eiter gefüllt. Lungenarterie glatt; Lungenvenen glatt.

Bronchialdrüsen bis kirschengross, bräunlich roth.

Rechte Lunge allseitig mässig fest verwachsen, voluminös. Bindegewebszotten der Pleura. Oberlappen

hellbräunlichroth, ebenso Mittel- und Unterlappen. Die Bronchien lebhaft geröthet; mit dicken, eitrigen, in den Hauptbronchien membranösen Belegen versehen. Blutgefässe wie links.

Bronchialdrüsen klein, schwärzlich grau.

Dorsalwirbelsäule sehr stark nach rechts ausgebogen.

Zunge blassbläulichroth; ihre vordere Hälfte grau belegt mit einem kleinen zackigen Geschwür rechts; umfängliche, mit weiss getrübten, leicht verdickten Rändern versehene Geschwüre auf der Mitte des Zungenrückens.

Zäpfchen leicht verkürzt, an die vergrösserte, linke Mandel narbig herangezogen. Gelblich weisser, membranöser, festhaftender Beleg auf der Oberfläche beider Mandeln und mehrfach auf der hintern Pharynxwand. Die Schleimhaut des untern Pharynx geschwellt, blauroth, glatt. Ligamenta aryepiglottica blauroth, mässig ödematös. Epiglottis verdickt, hintere Fläche geröthet, mit festhaftendem graugelbem Belege versehen. Larynx und Trachea geröthet, geschwellt und mit fast ununterbrochener, in Form einer zähen Membran ablösbarer Croupmembran überzogen.

Schilddrüse mittelgross, gelbbraun. Läppchen deutlich.

Aorta mittelweit; kaum wahrnehmbare, weisse Streifen der Intima. Ductus geschlossen.

Herz mittelgross. Epicard ziemlich fetthaltig. Foramen ovale geschlossen. Rechte Kammer bis 7 mm dick. Pulmonalklappen zart. Tricuspidalsegel zart. Linke Kammer bis 10 mm dick. Noduli der Aortaklappen verdickt, mit Papillarexcrescenzen an

der hintern besetzt. Die rechte und linke Klappe bis in die Nähe des Nodulus narbig verwachsen. Mehrfach weisse Flecken der Kranzarterien.

Herzmuskel bräunlich-roth, mittelfest.

Enorme Dilatatio ventriculi.

Lose Verwachsungen der Milz mit dem Zwerchfell. Ihre Grösse 124:75. Kapsel mehrfach weiss getrübt. Substanz etwas zäh, blass, bräunlich-roth. Grosse, zahlreiche Malpighi.

Der rechte Leberlappen mit dem Ligamentum gastrocolicum lose verwachsen. Gallenblase völlig frei. Glandulae hepaticae etwas gross, blassgrau-gelb.

Leber vorwiegend in der Länge entwickelt; 240: 250:150. Der rechte Lappen einen Vorsprung von 99:55 bildend. Kapsel glatt, Substanz mittelfest; Läppchen deutlich; Centra rothbraun; Peripherie gelblichbraun.

Catarrhus gastro-entericus.

Befund der übrigen Organe keine wesentlichen Veränderungen bietend.

Von den acuten Erkrankungen scheint demnach die Diphtherie bei bestehender Lues keine günstige Prognose zu geben. Im Gegentheil, die Schwere dieser Mischinfektion führte bei unsrer Patientin in kürzester Zeit zum Exitus letalis. Freilich haben auf den ungünstigen Verlauf unseres Falles ausser den beiden Infektionen der schlechte Ernährungszustand, in welchem die Kranke in Behandlung kam, sowie die das Herz beeinträchtigende hochgradige Kyphoskoliose mit bestimmend gewirkt.

Es erscheint mir nicht unwahrscheinlich, dass die luetischen Ulcerationen im Mund und Gaumen, wie wir sie bei unserer Patientin vorfanden, einen geeigneten

Boden zur Festsetzung, Entwicklung und Einwanderung der diphtheritischen Krankheitskeime darboten.

Dass in der Literatur dieser vielleicht gar nicht so selten vorkommenden Kombination keine Erwähnung gethan wird, liesse sich vielleicht dadurch erklären, dass die Diagnose meist sehr schwierig ist, und man sich eben in dem einen Falle mehr zu Gunsten einer Lues, im andern mehr zu der Annahme einer Diphtherie entscheiden wird, je nachdem die Symptome der einen oder der andern Erkrankung mehr in den Vordergrund treten.

In solchen zweifelhaften Fällen wäre künftig der Nachweis von Löffler's „Diphtheriebacillen" in den erkrankten Rachentheilen zur Differentialdiagnose zu versuchen.

Von den chronischen Erkrankungen, die in Bezug auf Dauer und Verlauf der Syphilis mehr ein indifferentes Verhalten zeigen, nimmt eine Ausnahmestellung der Diabetes mellitus ein. Nach Seegen und Fournier verschwindet die Glycosurie während der Dauer der syphilitischen Erscheinungen, stellt sich jedoch nach Verschwinden desselben wieder ein.

Eine Reihe anderer chronischer Krankheiten verläuft bei den mit Syphilis infizierten Individuen gerade so wie bei syphilisfreien Individuen. Beide Erkrankungen bestehen dann gleichzeitig und nehmen unabhängig von einander eine jede den ihr eignen Verlauf. Hierher gehört u. a. die chronische Endocarditis. Einen solchen Fall zu beobachten hatte ich selbst Gelegenheit. Er betraf einen 44jährigen Patienten, der als Kind die Masern und Pocken durchgemacht haben will; sonst sei er stets gesund gewesen. Seit dem Jahre 88 leidet er an leichten, ohne Fieber einhergehenden, rheumatischen

Beschwerden. Seit Anfang April 1891 verschlimmerte sich plötzlich sein Zustand. Er litt öfters an Atemnot, Beklemmung auf der Brust, Schwindelanfällen, häufigen drückenden Kopfschmerzen. Auch bemerkte er um diese Zeit, dass ihm öfters am Tage die Beine anschwollen; des Nachts schwollen dieselben dann gewöhnlich wieder ab. Er suchte daher Ende April die hiesige medizinische Poliklinik auf. Es wird ungefähr folgender Status aufgenommen:

Mittelgross, mittlerer Knochenbau; mässige Muskulatur, reichlicher Panniculus.

Haut bleich, trocken, nicht erhöht temperiert. Cyanose im Gesicht. Kein Icterus; leichte Oedeme der Unterextremitäten.

Lungenbefund normal.

Spitzenstoss am 6. Intercostalraum schwach sicht- und fühlbar.

Herzdämpfung beginnt an der 3. Rippe, reicht nach rechts bis an den linken Sternalrand.

An der Aorta 1. Ton dumpf, lautes blasendes diastolisches Geräuch daselbst hörbar; an den übrigen Ostien Töne dumpf, aber rein.

Nicht ganz typischer Pulsus celer, regelmässig.

Arterien rigide, geschlängelt; deutliches Tönen derselben über den grossen Gefässstämmen hörbar.

Leber palpabel, glatt; 2 Querfinger breit den Rippenbogen überragend, Druck auf dieselbe etwas schmerzhaft.

Milz ein wenig vergrössert.

Spuren von Eiweiss im Urin; Befund der übrigen Organe normal.

Nach Verabreichung von Digitalis besserte sich bald der Zustand des Patienten, so dass derselbe bald wieder seiner gewohnten Beschäftigung nachgehen konnte.

Ende August 91 nun inficirte sich Patient mit Lues. Anfang Oktobor Auftreten einer Sklerose am inneren Präputialblatt, in der Nähe des Sulcus coronarius, dorsalwärts. Dieselbe wandelt sich in ein langsam heilendes Geschwür um. Mitte November Auftreten von zahlreichen Roseolen und allgemeinen Drüsenschwellungen.

Am 15. XII. 91 erfolgte die Aufnahme des Patienten in die hiesige medizinische Klinik.

Im Grossen und Ganzen bietet Patient jetzt fast denselben Status wie schon geschildert. An der Herzspitze aber ein leichtes, blasendes systolisches Geräusch hörbar, 2. Ton dumpf. Die Herzdämpfung diesmal nach rechts bis an den rechten Sternalrand reichend.

Puls schnellend, gross, regelmässig, 96.

Sehr geringer Ascites.

Leber palpabel, sehr schmerzhaft auf Druck, glatt, ca. 3 Querfinger breit den Rippenbogen überschreitend.

Auf der Brusthaut, an den Oberextremitäten, weniger an den Unterextremitäten noch vereinzelte, schon abgeblasste Roseolen sichtbar.

Auf dem innern Präputialblatt, nahe dem Sulcus coronarius, dorsalwärts ein über linsengrosses, hartes Ulcus. Lymphdrüsen sämtlich vergrössert. Es hatte sich also neben der augenblicklich weniger deutlich erkennbaren (starke Kompensationsstörung) Insufficienz der Aortaklappen noch eine Insufficienz der Mitralis entwickelt.

Beide Erkrankungen bestanden nun nebeneinander fort, ohne sich auch nur im geringsten zu beeinflussen. Nach einer energischen Schmierkur verschwanden bald die luetischen Affektionen, während die andre Erkrankung selbstverständlich unbeeinflusst blieb.

Erfahrungsgemäss ist eine chronische Endocarditis im Verlauf der Lues nicht allzu selten. Pathologisch-anatomisch kennen wir längst eine Endocarditis syphilitica. Aus dem geschilderten Fall ersehen wir jedoch, dass auch Combinationen der Endocarditis chronica mit Lues vorkommen können, wobei beide Erkrankungen unabhängig von einander sich entwickeln und eine jede den ihr eigenen Verlauf nimmt. Es wäre wenigstens gesucht, wollten wir das oben angedeutete Ereignis, das Hinzutreten eines Klappenfehlers zu einem anderen bereits bestehenden, der inzwischen erfolgten luetischen Infektion allein zur Last legen. Solches Uebergreifen einer chronischen Endocarditis von einem Ostium auf das andere infolge von akuten Nachschüben oder Rückfällen (rekurrirende Endocarditis) ist auch ohne interkurrente anderweitige Erkrankungen eine keineswegs seltene klinische Beobachtung. Immerhin ist die Möglichkeit des Einflusses der genannten Infektion nicht ganz von der Hand zu weisen.

Andererseits ist bekannt, dass manche chronische Krankheiten und Allgemeinzustände auf syphilitischem Boden häufig einen sehr schweren Verlauf der Syphilis bedingen (Tuberkulose, Carcinom u. s. w). Bei Scrophulose haben nach Ramonat die luetischen Affektionen entschieden eine Tendenz zur Eiterung. Chronischer Alkoholismus, Gicht, Malaria, Scorbut u. s. w. führen bei Syphilitischen oft zu den schwersten Dyskrasien. Hierbei kommt keineswegs in Betracht, ob die Lues zur Zeit latent oder manifest ist.

Da nun kein Organ wie die Haut uns so vorzügliche Gelegenheit giebt, die krankhaften Prozesse gleichsam vor unsern Augen sich abspielen zu sehen, so dürften für uns wohl aus den Combinationen syphilitischer Exantheme mit den verschiedenen Dermatosen noch manche Aufklärungen zu erwarten sein. Es ist dies eine bisher noch wenig beachtete, jedoch nicht gleichgültige Thatsache.

Nach Weyl, dem Bearbeiter des Kapitels Psoriasis in von Ziemssen's Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie, hat die Syphilis gar keinen Einfluss auf eine existirende Psoriasis. Neben letzterer können nach demselben Autor alle durch mechanische oder chemische (causes externes, Parasiten, medicamentöse Ingesta u. s. w.) Schädlichkeiten erzeugten Hautaffektionen vorkommen. Prurigo und Ichthyosis seien nach Neumann nie mit Psoriasis kombinirt gefunden. Die Frage nun: hat die Psoriasis einen Einfluss auf die Syphilis, resp. auf die Entwicklung syphilitischer Hauteruptionen? ist zuerst von Dornig (Vierteljahresschrift für Dermatologie und Syphilis 1886) gestellt und entschieden bejaht worden. Ich selbst hatte nun Gelegenheit, einen analogen, wenn auch in mancher Beziehung etwas abweichenden Fall in der Jenaer medicinischen Klinik unter der Leitung des Hrn. Prof. Dr. Stintzing zu beobachten.

Ich theile zuerst kurz den Fall mit, den Dornig beobachtete und der ihn zu seiner Annahme brachte:

„Der 24jährige Tischlergehilfe Franz Br, ein grosser, kräftiger Bursche, wurde am 15. September 1885 auf die syphilidologische Abtheilung des Landeskrankenhauses in Laibach aufgenommen. Bei der Aufnahme konsta-

tirten wir eine am inneren Blatte der Vorhaut sitzende halbkreuzergrosse, exulcerirte syphilitische Sclerose und indolente Schwellung der Inguinaldrüsen beiderseits. Syphilitische Allgemeinerscheinungen fehlten noch, dagegen fanden wir die Haut an der Streckseite der oberen und unteren Extremitäten mit, besonders an den Ellbogen und Knien mächtig entwickelten, psoriatischen Schuppenschichten bedeckt, während Brust, Bauch und Rücken, sowie die Beugeseite der Vorderarme und die Nates mit disseminirten kleineren, weniger schuppenden Psoriasisscheiben besetzt waren. Der Kranke gab an, seit 16 Jahren an der Schuppenflechte zu leiden und schon wiederholt daran behandelt worden zu sein, so im Jahre 1879 auf weil. Prof. v. Sigmund's Klinik in Wien und 1882 (während seiner Militärdienstzeit) in Baden bei Wien, woselbst er die Badekur gebrauchte. Das Geschwür an der Vorhaut bestehe seit Mitte August 1885; wann er sich inficirt habe, könne er nicht angeben.

Am 27. September kam unter leichter Fieberbewegung ein syphilitisches Fleckenexanthem zum Ausbruch, welches namentlich am Thorax, aber auch am Abdomen und an der Beugeseite der Extremitäten deutlich hervortrat, daneben bestanden die Psoriasis-Efflorescenzen unverändert fort.

Der weitere Krankheitsverlauf bot während der folgenden 14 Tage nichts bemerkenswerthes, bis am 13. Oktober bei der Morgenvisite der Kranke über heftige Kopfschmerzen, welche ihn des Nachts nicht schlafen liessen, über Abgeschlagenheit, Hitze, Durst und Appetitlosigkeit klagte. Die Körpertemperatur betrug am Abend des 13. Oktober 39.4° C.

14. Oktober: Temp. früh 38.4°, Abends 39.1° C. Die Kopfschmerzen etwas geringer.

15. Oktober: Temp. früh 39°, Abends 38.6°. An der Stirne, an der Brust- und Bauchhaut einzelne grosspapulöse Efflorescenzen.

16. Oktober: Temp. früh 37.2°, Abends 38.0°.
17. „ „ „ 37.2°, „ 37.1°.
18. „ „ „ 37.1°, „ 37.3°.
19. „ „ „ 36.4°, „ 36.3°.

Von da an blieb die Temperatur normal, die Kopfschmerzen liessen nach. An der Haargrenze, nach aussen vom linken Stirnbeinhöcker, hatte sich ein vierkreuzerstückgrosser, bei Druck schmerzhafter Tophus entwickelt. Mittlerweile hatte das lenticuläre Syphilid, dessen ich bereits Erwähnung that, weitere Fortschritte gemacht; es occupirte jetzt Stirne, Nase, Wangen, Brust und Bauch, sowie die Volarfläche der Vorderarme, und war auch am Penis in einzelnen Exemplaren vertreten.

Die auf der Brust, besonders aber die am Bauche und an der Beugeseite der Vorderarme sitzenden papulösen syphilitischen Efflorescenzen liessen sich von den früher an diesen Stellen vorhandenen psoriatischen Flecken nicht mehr differenziren, oder besser gesagt, es hatten sich erstere an die Stellen der letztern gesetzt. Der Uebergang war ein ganz allmählicher gewesen, und ich erhielt den Eindruck, als wären die Psoriasis-Efflorescenzen nach und nach durch die lenticulären Papeln substituirt worden, welch letztere sich also auf der Basis der Psoriasis-Efflorescenzen entwickelt hätten.

Je genauer ich diese, mich anfänglich befremdende Erscheinung prüfte, desto deutlicher wurde es mir, dass hier keine Täuschung vorliege: Die syphilitischen Papeln

waren faktisch auf dem Boden der Psoriasis-Plaques entstanden. Durch den Contrast mit anderen Hauptpartien trat dieses Verhältnis noch markanter hervor; denn, während an der Streckseite der Extremitäten die mächtig entwickelten psoriatischen Plaques noch unverändert fortbestanden, waren die spärlicher gesäeten Psoriasis-Efflorescenzen, die früher an der Beugeseite der Vorderarme, an der Brust und am Abdomen zu sehen waren, als solche nicht mehr vorhanden. An diesen Stellen traf man lediglich lenticuläre syphilitische Efflorescenzen mit allen für diese Species von Syphiliden charakteristischen Merkmalen.

Ueber den ferneren Krankheitsverlauf kann ich mich kurz fassen: Die papulösen Efflorescenzen involvirten sich allmählich, so dass Mitte November nur mehr vereinzelte Spuren des Syphilides zu sehen waren. Auch die Sclerose gelangte bis dahin fast ganz zur Resorption, ebenso die periostale Geschwulst an der Stirne".

Dornig knüpft an diesen seinen Fall die Bemerkung, dass er über ein ähnliches Verhältnis zwischen Psoriasis vulgaris und Syphiliden in der Literatur, soweit sie ihm zu Gebote stand, keine diesbezüglichen Angaben gefunden habe und dass seine Beobachtung so ziemlich vereinzelt dastehe. Dieser Ansicht muss auch ich beistimmen; auch mir war es unmöglich, bei Durchmusterung der diesbezüglichen Literatur einen analogen Fall zu eruiren.

Ehe ich zur Besprechung dieses Abhängigkeitsverhältnisses der syphilitischen Hauteruptionen von der Psoriasis, welche Dornig dann folgen lässt, übergehe, will ich hier den in der hiesigen medicinischen Klinik

beobachteten Fall anschliessen, der mit dem obenerwähnten in mancher Beziehung übereinstimmt:

Anamnese: Pr., Julius, 30jähriger Wirker aus Apolda, aufgenommen am 8. November 1891, will als Kind Masern und Diphtherie gehabt haben; sonst sei er stets gesund gewesen. Im Jahre 1881 bemerkte er zuerst an den Streckseiten der Arme einzelne, kleine, stecknadelkopfgrosse Knötchen, die sich binnen wenigen Tagen mit einem weissen Schüppchen bedeckten. Diese Knötchen vermehrten sich allmählich, flossen zusammen und schuppten stärker. Die Flecken heilten angeblich vom Centrum aus, um an andern Stellen neu aufzutreten. Nach und nach sei dann das Gesicht, Brust, Bauch und die Beine davon ergriffen worden. Patient arbeitete um diese Zeit bei einem Meister, in dessen Familie das Uebel angeblich mehrfach aufgetreten war.

Bei seiner ersten Aufnahme am 2. März 1883 in die hiesige medicinische Klinik wird folgender Status aufgenommen:

Körperlänge 190 cm, kräftiger Knochenbau; mittlere Muskulatur und mässiger Panniculus. Kein Icterus, keine Cynose, keine Oedeme. Sichtbaren Schleimhäute mässig gerötet. Geringe habituelle Kyphoskoliose. Starke Deformitas thoracis. Hochgradiges pectus carinatum. Befund der übrigen Organe normal.

Der ganze Körper, vom Kopf bis zu den Zehen, mit Ausnahme der Vola manus und der Planta pedis, ist bedeckt von linsen- bis fünfmarkstückgrossen, mit Schuppen bedeckten Hautefflorescenzen. Am meisten bevorzugt erscheint die Brust- und Rückenhaut. Hier ist vor allem die Sakralgegend mit mächtig entwickelten psoriatischen Schuppenschichten bedeckt.

Nachdem Patient mit Pyrogallussalbe behandelt worden ist, erfahren die psoriatischen Hautefflorescenzen in kürzester Zeit eine Rückbildung, so dass Patient am 24. März h. a. schon wieder als z. Zt. geheilt entlassen werden kann.

Zwischenanamnese am 11. März 1886:

Patient fühlte sich längere Zeit nach seiner Entlassung wieder wohl. Nach einem Vierteljahr begann jedoch wieder sein altes Leiden. Zuerst ward der Kopf und die Brust ergriffen, und der Ausschlag erstreckte sich von da innerhalb 4 Wochen auf den ganzen Körper. Patient machte die verschiedensten Kuren durch und konsultirte mehrfach Ärzte. Bald besserte sich sein Zustand etwas; bald trat jedoch wieder Verschlimmerung ein. Er suchte daher am 10. März 1886 wiederum die hiesige Klinik auf.

Status praesens am 11. März 1886: Der ganze Körper des etwas heruntergekommenen Patienten ist eingenommen von einem mit perlmutterglänzenden Schuppen besetzten Exanthem, welches in verschiedenen wunderbar geschlängelten und gewundenen Zügen einen landkartenähnlichen Anblick darbietet. Der behaarte Theil des Kopfes ist ebenfalls stark von dem Exanthem ergriffen, weniger stark das Gesicht.

Am Abdomen verlaufen die psoriatischen Efflorescenzen dem Bunde der Hosen entsprechend quer herüberziehend, bandförmig.

Patient wird mit einer 25% Chrysarobinsalbe behandelt; innerlich bekommt er Arsen.

Am 27. April 1886 wird Patient wiederum als z. Zt. geheilt entlassen.

Zwischenanamnese vom 21. Februar 1888:

Nach seiner Entlassung, Ostern 1886, war Patient 8 Wochen vollständig frei von jedem Ausschlag. Mitte Juli 1886 bekam er sein altes Leiden wieder. Mit Hilfe von Pyrogallussalbe brachte er dasselbe jedoch binnen kurzem zum Verschwinden.

Ende Juni 1887 aquirirte Patient nun Lues. Acht Wochen darauf wurde das Auftreten eines Exanthems, allgemeiner Drüsenschwellungen und breiter Condylome in der Analgegend konstatirt. Patient machte eine energische Schmierkur durch. Er verbrauchte angeblich 34 Paquete grauer Salbe, das Paquet 3,0 gr Unguentum Hydrargyri cinerei enthaltend. Innerlich nahm er Kalium jodatum in mittleren Dosen.

Am 21. Februar 1888 sucht Patient wiederum wegen seines alten Leidens die hiesige medicinische Klinik auf. Er bot bei seiner Aufnahme das typische Bild einer Psoriasis vulgaris. Therapie: Sol. Fowleri innerlich Chrysarobinsalbe. Am 17. März kann Patient schon wieder als z. Zt. geheilt entlassen werden.

Am 17. Januar 1891 erfolgt die Wiederaufnahme des Patienten in die hiesige Klinik. Diagnosis: Psoriasis vulgaris non syphilitica. Therapie: Sol. Fowleri; Chrysarobin.

Kurze Zeit nach seiner Entlassung erfolgt wiederum ein Recidiv, so dass Patient am 12. Mai 1891 die hiesige Klinik wieder aufsucht. Er wird wieder mit Sol. Fowleri innerlich, weisser Präcipitalsalbe im Gesicht, am übrigen Körper mit einer 25 % Chrysarobinsalbe behandelt. Entlassung am 8. August 1891.

Nach seiner Entlassung ist Patient längere Zeit frei von jedem Ausschlag. Im Oktober dieses Jahres be-

ginnt jedoch wiederum sein altes Leiden, so dass er sich am 8. November 1891 genötigt sieht, wiederum die hiesige Klinik aufzusuchen. Bei seiner Aufnahme bietet Patient folgenden, vom früheren abweichenden Status:

Der ganze Körper mit Bevorzugung von Ellenbogen, Knien, behaarter Kopfhaut und Sakralgegend ist bedeckt von linsen- bis über fünfmarkstückgrossen geröteten, mit Schuppen bedeckten, grauweissen oder perlmutterartig glänzenden Efflorescenzen. An der Haut der Unterextremitäten und der Sakralgegend erreichen die Schuppenschichten eine mächtige Entwickelung. Während an den kleineren Efflorescenzen die Schuppen lockerer, glänzend und leicht ablösbar sind — beim Entfernen derselben wird der leicht blutende Papillarkörper sichtbar —, haften die Epidermisschuppen an den grösseren Plaques fest an, sind schmutzig weiss bis braun und hart anzufühlen. Die meisten Flecke sind in der Mitte abgeheilt, während die Peripherie gerötet und geschwellt ist. An manchen Stellen confluiren diese Kreise zusammen, so vorwiegend an der Brust- und Rückenhaut, hier verschieden geformte, wellenförmig verlaufende Linien bildend.

Am behaarten Kopfe sind die Schuppen zu dichten, höckrigen, eingetrocknetem Mörtel vergleichbaren, mit den Haaren verfilzten, sehr fest anhaftenden Massen angehäuft.

Im Gesicht ist die Schuppenbildung weniger reichlich, ebenso die Rötung und Schwellung.

Während früher nun bei unserm Patienten die Vola manus und die Planta pedis stets frei von jeglicher Affektion war, zeigten sich diesmal an den genannten Stellen rote bis rotbräunliche, sehr wenig über das

Hautniveau hervorragende Plaques von ca. Halberbsengrösse und darüber. Ihre centrale Partie ist mit weiss glänzenden, concentrische Schichtung zeigenden Schüppchen bedeckt; ihre Peripherie ist schwach gerötet. An nur wenigen Stellen confluiren diese Knötchen, Druck auf dieselben ruft allenthalben ein geringes Schmerzgefühl hervor.

Der Befund der übrigen Organe verhält sich wie früher. Die Schleimhäute sind vollständig frei von jeder Affektion, etwas bleich. Dazu kommt noch eine mässige Vergrösserung beider Hoden. Dieselben fühlen sich etwas fest an; auf Druck nicht schmerzhaft. Frenulum praeputii sehr kurz. Auf der innern Lamelle des Präputiums, etwas mehr rechts, dorsalwärts, ca. 2 cm oberhalb des Sulcus coronarius eine ziemlich breite, weisse Narbe sichtbar.

Die Lymphdrüsen sind allenthalben mässig vergrössert; Inguinaldrüsen bis bohnengross, rosenkranzartig angeordnet, fest, auf Druck nirgends schmerzhaft.

In Anbetracht dieses Befundes wird die Diagnose mit Berücksichtigung der Anamnese auf Psoriasis vulgaris universalis kombinirt mit Psoriasis palmaris et plantaris syphilitica gestellt. Um diese Diagnose ex iuvantibus et nocentibus noch zu erhärten und um die etwaige Einwirkung der antiluetischen Behandlung auf die Psoriasis bezw. die gesamte Erkrankung zu studiren, wird beschlossen, den Patienten vor der Hand nur einer nochmaligen energischen antiluetischen Kur zu unterziehen; später solle dann nötigenfalls noch eine lokale Behandlung der Psoriasis vulgaris folgen.

Der Erfolg dieser Therapie zeigte nun, dass wir es hier faktisch mit einer solchen, wohl immerhin seltenen Combination zu thun hatten.

Patient machte im ganzen 6 Inunctionskuren (zu 7 Einreibungen à 3—4 gr) durch und verbrauchte innerhalb dieser Zeit 140 gr Unguentum Hydrarg. ciner. Innerlich ward Kalium jodatum in mittleren Dosen verabreicht. Um den Patienten nach und nach daran zu gewöhnen, ward mit 1,0 gr Kal. jodat. pro die begonnen. Die höchste Tagesdosis betrug 5.0 gr. Bis zum 1. März h. a., wo Patient in hiesiger Anstalt noch verweilte, hatte er an Kalium jodatum ca. 268 gr verbraucht. Patient ertrug diese immerhin etwas heroische Kur ziemlich gut. Mit Ausnahme von geringen Erscheinungen von Jodismus, die ein einziges Mal auftraten und bei Aussetzen des Mittels sofort nach einigen Tagen verschwanden, war sein subjektives und objektives Befinden ziemlich gut.

Das Körpergewicht betrug bei Beginn der Kur 123 Pfund, am Schluss derselben 134 Pfund.

Was uns nun aber hierbei am meisten interessiren dürfte, ist, dass, nachdem die antiluetische Kur begonnen war, nicht nur nicht die Effloreszenzen auf der Vola manus und der Planta pedis in kürzester Zeit eine Rückbildung erfuhren, sondern dass auch die übrigen psoriatischen Hauteffloreszenzen günstig beeinflusst wurden.

Ich lasse daher einen kurzen Auszug des Krankenjournales folgen:

21. November 1891: Beginn der 1. Inunctionskur v. 3,0 gr Ugt. Hydr. ciner. pro die.

28. November 1891: Die periphere Rötung der psoriatischen Effloreszenzen an der Vola manus und Planta

pedis ist geschwunden. Es zeigen sich zahlreiche, feine kleine Schüppchen auf der Kuppe dieser Papeln. Ihr Volumen ist gegen früher bedeutend reducirt. An manchen fällt das ganze rundliche Knötchen wie ein Clavus aus einem seichten Bette heraus. Dieselben erscheinen dann, wie mit einer leichten Excavation versehen. Die übrigen psoriatischen Efflorescenzen des Rumpfes und der Extremitäten scheinen abzublassen und mehr zu schuppen.

29. November 1891: Beginn der 2. Inunctionskur v. 3,0 gr Ugt. Hydrarg. ciner. pro die.

6. Dezember 1891: Die Psoriasis palmaris et plantaris bis auf vereinzelte, sich derb anfühlende, mit feinsten Schüppchen bedeckten Knötchen fast ganz verschwunden. Die übrigen psoriatischen Plaques vorwiegend an den Beugeseiten der Ober- und Unterextremitäten ziemlich stark abgeblasst, wenig schuppend.

7. Dezember 1891: Beginn der 3. Inunctionskur v. 3,0 Hydrarg. ciner. pro die.

14. Dezember 1891: Vola manus und Planta pedis völlig frei. Sehr starke Schuppung im Gesicht. Die derben Infiltrate an der Haargrenze der Stirne bedeutend zurückgegangen. Sonst Status idem.

15. Dezember 1891: Beginn der 4. Inunctionskur von 3,0 gr Ugt. Hydrarg. ciner.

22. Dezember 1891: Die starke Schuppung im Gesicht hat bedeutend nachgelassen. Daselbst nur noch sehr wenige psoriatische Efflorescenzen sichtbar. Die derben Infiltrate an der Haargrenze der Stirne sind fast ganz resorbirt. Die übrigen Plaques sind kaum noch gerötet, mässig fest, wenig schuppend.

23. Dezember 1891: Beginn der 5. Inunctionskur v. 4,0 Ugt. Hydrargr. ciner. pro die.

30. Dezember 1891:

Im Gesicht nur geringe, mit Schüppchen bedeckte, kaum gerötete Efflorescenzen sichtbar. Die übrigen Plaques stark abgeblasst, sehr wenig schuppend.

31. Dezember 1891: Beginn der 6. Inunctionskur v. 4,0 Ugt. Hydrarg. ciner. pro die.

7. Januar 1892:

Auf der Haut der Stirn, nahe der Haargrenze sind noch vereinzelte, sich ein wenig derb anfühlende, bis linsengrosse, mit sehr geringen Schüppchen bedeckte Hautpartieen vorhanden. Auf dem Nasenrücken, den Wangen sehr kleine, mit Schüppchen besetzte Plaques sichtbar. Auf der Haut des Kopfes sind die daselbst bestehenden psoriatischen Efflorescenzen nur sehr wenig beeinflusst. Auch hier hat die Schuppung etwas nachgelassen. Auf der Haut des Thorax und des Bauches bestehen zwar die Plaques noch in ihrer früheren Ausdehnung, jedoch ist ihre Rötung, Schwellung und Schuppung erheblich reduzirt. Im Centrum dieser Efflorescenzen ist die Haut nahezu normal; ihre Peripherie ein wenig gerötet; an diesen Stellen ist überhaupt keine Schuppenbildung mehr nachweisbar. An den seitlichen Partieen des Thorax, sowie an den Streckseiten der Ober- und Unterextremitäten ist eine geringere Schuppung vorhanden. Die Peripherie dieser, meist grösseren Efflorescenzen ist mässig gerötet, sich derb anfühlend und das Niveau der Haut ein wenig überragend. An den Beugeseiten der Ober- und Unterextremitäten, sowie in der Sakralgegend — hier war eine nahezu handgrosse, mit mächtigen Schuppenschichten

bedeckte Hautpartie vorhanden — sowie auf der Haut des Rückens sind die psoriatischen Efflorescenzen nahezu verschwunden.

Nachdem so eine sichtlich günstige Beeinflussung durch eine antiluetische Behandlung auf die psoriatischen Efflorescenzen in unserm Falle klar vor Augen lag, eine Restitutio ad integrum infolge einer blossen Merkurbehandlung nicht wahrscheinlich war, gingen wir nun zu der üblichen Lokalbehandlung der vulgären Psoriasis über; die Verabreichung von Kalium jodat. ward jedoch, wie schon erwähnt, beibehalten.

Am 15. Januar 1892 ward unter den gewöhnlichen Cautelen zuerst die Brust- und Bauchhaut mit einer täglich einmal aufzutragenden 25% Chrysarobinsalbe in Angriff genommen. In kürzester Zeit fand rasch eine Involution der noch restirenden psoriatischen Efflorescenzen statt, so dass schon am 3. Februar 1892 zu den Extremitäten übergegangen werden konnte. Anscheinend noch unter dem Einfluss des Quecksilbers und des Jodes blassten spontan die geringen, noch vorhandenen Psoriasis-Plaques auf der Haut des Rückens ab, so dass hier nach nur wenigen Einpinselungen mit Chrysarobinsalbe in kürzester Zeit eine Restitutio ad integrum erfolgte.

Kopf und Gesicht waren unterdessen, wie auch schon früher, mit weisser Präcipitalsalbe behandelt worden.

Auch hier verschwanden in kurzer Zeit die psoriatischen Efflorescenzen, so dass Patient Anfang März als geheilt entlassen werden konnte.

Wie schon erwähnt, ist Dornig der erste, der von einem Abhängigkeitsverhältnis der syphilitischen Hauteruptionen von der Psoriasis spricht.

Er glaubt dieses Verhältnis in dem Wesen beider Krankheiten begründet und kommt zu folgendem Résumé:

„Bekanntlich hält die eine grosse Gruppe der Dermatologen die Psoriasis für eine entzündliche Veränderung der Haut, welche vorwiegend deren Papillarschicht betrifft. Nach Wertheim bestehen die anatomischen Veränderungen bei Psoriasis in Vergrösserung der Papillen, deren Gefässschlingen vielfache Windungen zeigen und das Stroma der Papillen fast vollständig ausfüllen. Neumann fand Verlängerung der Papillen, letztere mit Rundzellen erfüllt; ferner Blutüberfüllung der erweiterten und geschlängelten Gefässe, kolbige Ausdehnung der papillären Gefässschlinge, deren Wandung durch Zellenwucherung verbreitert, schliesslich Wucherungen des Endothels an den Gefässen der oberen Cutislage.

Dieser Ansicht von der entzündlichen Natur des psoriatischen Prozesses und von der primären Betheiligung der Papillarschicht dabei trat zuerst Robinson entgegen, welcher behauptet, dass der primäre anatomische Prozess bei der Psoriasis in einer Wucherung des Rete Malpighii zu suchen sei. Aber auch Robinson fand die Gefässe in den Papillen und den obersten Partieen des Corium erweitert und von reichlicher Rundzellenwucherung umgeben. Und in einem Durchschnitte einer Psoriasisplaque nach Jamieson, welcher sich im Ganzen der Ansicht Robinson's anschliesst, finde ich Erweiterung der Cutisgefässe und Infiltration der Papillen.

Auspitz, welcher gleich den obengenannten zwei Autoren den primären Sitz der Erkrankung in die Epidermis verlegt, läugnet sehr entschieden den entzündlichen Charakter der Psoriasis und definirt sie als eine

Anomalie des Verhornungsprozesses, als eine Parakeratose; doch konstatirt auch Auspitz Blutüberfüllung der Papillargefässe, stärkere Schlängelung und Einrollung einzelner Papillenschlingen und — nach längerem Bestande einer Psoriasisplaque — Vermehrung der runden und spindelförmigen Zellen in den Papillen, wenn er auch diese Veränderungen als sekundäre auffasst.

Mögen also die Ansichten der Autoren über das Wesen des Psoriasisprocesses noch so weit auseinandergehen, darin stimmen Alle überein, dass die Papillargefässe bei der Psoriasis Veränderungen aufweisen (Erweiterung, Schlängelung u. s. w.); ob nun diese Veränderungen primärer oder sekundärer Natur sind, ist für die Folgerungen, die wir mit Rücksicht auf unsern Fall daraus ziehen wollen, nicht massgebend.

Fragen wir uns jetzt, worin der anatomische Grundcharakter der syphilitischen Exantheme überhaupt und der papulösen Efflorescenzen im Besonderen bestehe. Von den vielen und umfassenden Arbeiten, welche diesen Gegenstand behandeln, will ich nur dasjenige anführen, was mir für das Verständnis unseres Falles besonders wichtig erscheint. Nach Zeissl beruhen die syphilitischen Krankheitsformen überhaupt und namentlich die der Haut auf chronisch verlaufenden, circumscripten Entzündungsherden und auf umschriebenen Bindegewebsneubildungen. Die syphilitischen Papeln sind nach ihm durch perifolliculäre oder papilläre Zelleninfiltration bedingt.

Bäumler sagt: „Bei jedem syphilitischen Hautausschlag handelt es sich zunächst um eine umschriebene Gefässerweiterung mit mehr oder weniger reichlichem

Austritt von hauptsächlich weissen Blutzellen entweder nur in die Gefässscheiden oder auch in das umgebende Gewebe". Weiter betont er, dass die anatomische Grundlage bei allen Syphiliden eine Zelleninfiltration sei, die von den Gefässen ausgehe. Lang, welcher die durch das Syphiliscontagium gesetzten Gewebeveränderungen teils als Hyperaemien, teils als geringe Infiltrationszustände bezeichnet, welche als Uebergang und Einleitung zu leichten entzündlichen Vorgängen aufzufassen sind, spricht sich bezüglich der Papel dahin aus, dass bei dieser die Zellenneubildung, die meistens den Papillarkörper betrifft, von den Gefässchen ausgehe.

Neumann endlich resumiert die Ergebnisse seiner neueren Untersuchungen über die histologischen Veränderungen der Hautsyphilide dahin: „Die Hautsyphilide beruhen, wie dies schon andere Beobachter gefunden haben, anatomisch auf Rundzellenwucherung zunächst an den Gefässen. Es sind allerdings die Gefässe der oberen Cutisschicht und des Papillarkörpers, welche erkranken, aber auch die Gefässe der tieferen Cutisschichten, des Panniculus (Arterien und Venen) sind mehr weniger afficirt. Die Intensität der pathologischen Veränderungen ist bei der recenten Form des maculösen Syphilides geringer, steigert sich aber in exquisiter Weise bei papulösen und tuberkulösen Efflorescenzen . . ."

Es steht demnach ausser Frage, dass die Zellenwucherung und Neubildung, welche sich uns als syphilitische Papel darstellt, auf Betheiligung der Blutgefässe an dem specifischen Krankheitsprozesse in erster Linie zurückzuführen ist. Die syphilitische Hautpapel ist somit das Produkt einer durch das syphilitische Virus hervorgerufenen chronisch verlaufenden Hautentzündung,

welche von den Cutisgefässen incl. den Papillargefässen ihren Ausgang nimmt. Dass sich diese Entzündung mit Vorliebe an Stellen etablirt, welche durch vorangegangene Reizungen — mögen diese welcher Natur immer gewesen sein — bereits pathologische Veränderungen ihres Gefässapparates zeigen, ist eine bekannte Thatsache.

Was Wunder, wenn sich auch an Stellen, welche der Sitz von Psoriasis-Efflorescenzen sind, welche daher, wie wir oben gesehen haben, schon Anomalien der Gefässe aufweisen, syphilitische Papeln entwickeln; im Gegenteil, wir müssten uns wundern, wenn dem nicht so wäre.

In dem durch den Psoriasisprocess bedingten abnormen Verhalten der Gefässe finde ich somit den Grund für die Entwicklung der syphilitischen Papeln auf den psoriatischen Stellen. Bei der Verallgemeinerung des Syphiliscontagiums im Organismus, bei der Aufnahme desselben in die gesamte Blut- und Säftemasse, welche sich nebst den allgemeinen Drüsenschwellungen zunächst durch das Auftreten eines Hautsyphilides manifestiert, werden jene Partien der Haut, welche als der Sitz von Psoriasis-Efflorescenzen sich bereits im hyperaemischen Zustande befinden und deren Gefässe zum mindestens erweitert, wenn nicht gar in ihren Wandungen verändert sind, in erster Linie als Ablagerungsstätten für das im Blute circulirende Contagium dienen, da ja erweiterte Gefässe die Transsudirung ihres Inhaltes in die umgebenden Gewebe begünstigen. Die Folge davon wird sein, dass es an diesen Stellen hauptsächlich zur Entwicklung jener umschriebenen Entzündungsherde kommen wird, auf welchen die Hautsyphilide beruhen, und dass sich gerade hier die Intensität der durch das

syphilitische Virus hervorgerufenen pathologischen Vorgänge bis zur Bildung papulöser Efflorescenzen steigern wird.“ —

Ähnlich nun wie in dem von Dornig beobachteten Falle handelt es sich auch in dem von uns beschriebenen Falle um eine Kombination von Psoriasis vulgaris mit dem papulösen Syphilid. Von letzterem wissen wir ja auch, dass dieses Syphilid, obwohl es in einer ansehnlichen Zahl von Fällen als erste Manifestation der Lues auftritt, weit häufiger als zweite, beziehungsweise als Recidivform der Syphilis erscheint. Man hat ja daher das maculöse Syphilid, die Roseola, als erste, das papulöse Syphilid als zweite Etappe der Hautkrankheiten bezeichnet. Nach Monaten und Jahren kann dasselbe wieder erscheinen und zwar mit zunehmender Hartnäckigkeit des Verlaufes. Wir wissen ferner, dass als recente Form das papulöse Syphilid eine ziemlich starke Verbreitung zeigt, und dass dabei oft verschiedene Maculae dazwischen gestreut sind. Als Recidivform sind dagegen die Papeln nur in geringer Zahl vertreten und sind überdies oft bloss auf einen Körpertheil beschränkt, während sodann die Maculae fehlen. So kommt es dann, wie es auch in unserm Falle war, zur Entwicklung des klinischen Bildes der Psoriasis palmaris et plantaris syphilitica.

Wenn somit in unserm Falle die Diagnose Psoriasis syphilitica der Vola manus und Planta pedis mit besonderer Berücksichtigung der Anamnese und der luetischen Antecedentien leicht und prompt zu stellen war, war es anderntheils schwer zu sagen, ob und in wie weit bei den übrigen psoriatischen Efflorescenzen die Lues mit im Spiele sei.

Und doch glaube ich, dass auch wir, ähnlich wie Dornig, zu dem Schlusse gezwungen werden, dass in der That auch bei unserm Patienten ein Abhängigkeitsverhältnis zwischen den syphilitischen Hauteruptionen und den Psoriasis-Plaques bestand und zwar auf Grund folgender Thatsache:

Fournier (Gazette des hôpitaux civils et militaires 1886, No. 126) spricht schon in der Einleitung seines Aufsatzes daselbst, den er „Diagnostic différentiel des syphilides papulo-squameuses et du psoriasis" betitelt, u. a. folgenden Satz aus:

Cependant les choses ne sont pas toujours aussi simples, et, parfois, nous rencontrons des malades chez lesquels ce diagnostic est loin de s'imposer du premier coup, parfois même ou il est à peu près impossible même pour le practicien le plus expérimenté sans le secours démonstratif du traitement qui seul permet de résoudre la question.

Indem er dann noch weitere verschiedene differentiell-diagnostische Momente zwischen beiden Erkrankungen, wie Grösse, Farbe, Lokalisation, Härte, Eruptionsdauer der Efflorescenzen u. s. w. erwähnt, Momente, die überhaupt von nur geringerem Werthe sind, in unserm speciellen Falle aber keine weitere Bedeutung besitzen, spricht er unter der Rubrik „Traitement" folgenden Satz aus, der mir für das Verständnis unseres Falles von nicht zu unterschätzender Bedeutung zu sein scheint. Es heisst da:

Tandisque les syphilides papulo-squameuses sont, en général, rapidement modifiées sous l'influence du traitement mercuriel, le psoriasis, au contraire, n'est nullement influencé par le mercure.

In unserm Falle trat nun, wie aus der Krankengeschichte ersichtlich ist, nach nur wenigen Inunctionscuren nicht nur eine rasche Rückbildung der syphilitischen Hautefflorescenzen an der Vola manus und Planta pedis ein, sondern auch am übrigen Körper, hier vorwiegend im Gesicht, an der Stirnhaargrenze (Corona Veneris), und an den Beugeseiten der Ober- und Unterextremitäten wurden die Psoriasis-Plaques sichtlich günstig beeinflusst.

Fournier, der wie schon erwähnt, der Lokalisation als differentiell-diagnostisches Moment nur einen geringen Werth beilegt, spricht sich über ein diesbezügliches Verhalten der syphilitischen Papeln dahin aus, dass sie keine charakteristische Lokalisation, keinen Lieblingssitz hätten — mit Ausnahme eben der Vola manus und der Planta pedis; für die vulgäre Psoriasis sei ferner nur wirklich charakteristisch das Ergriffensein und das Vorhandensein von alten Psoriasis-Plaques auf der Haut der Kniee und Ellenbogen. Dem gegenüber behaupten jedoch zahlreiche Autoren, dass das papulöse Syphilid mit besonderer Vorliebe das Gesicht, die Stirnhaargrenze und die Beugeseiten der Extremitäten befalle. (Lesser etc.)

In Anbetracht dieser Thatsachen glaube ich mich zu dem Schlusse berechtigt, dass es sich in dem von mir beschriebenen Falle, ähnlich wie in dem von Dornig beobachteten, in der That um eine Combination von Psoriasis vulgaris mit dem papulösen Syphilid gehandelt hat.

Ferner glaube auch ich folgern zu dürfen, dass aller Wahrscheinlichkeit nach ein Abhängigkeitsverhältnis der syphilitischen Hautaffektionen von der Psoriasis besteht. Bei Combinationen

von Psoriasis vulgaris mit dem papulösen Syphilid scheinen an den Stellen, wo papulöse Syphilide mit Vorliebe sich zu etabliren pflegen, die zuerst vorhandenen Psoriasis-Plaques durch das später hinzukommende papulöse Syphilid substituirt oder doch modificirt zu werden.

Zum Schluss möchte ich noch erwähnen, dass andere entzündliche Processe der Haut der Psoriasis gegenüber ein ähnliches Verhalten zeigen.

Nach Kaposi sind Combinationen von Psoriasis mit Ekzem namentlich nicht allzu selten, welches sich direkt auf dem psoriatischen Fleck entwickeln kann. Im Falle variolöser Erkrankungen treten auf den psoriatischen Stellen, als besonders hyperämischen Partien, die Blatternpusteln besonders zahlreich und intensiv auf.

Literatur.

Weyl, in von Ziemssen's Speziell. Patholog. und Therap. XIV. 2. 2. Aufl. 1883—84.

Bäumler, ibidem. III. 1. 3. Aufl. 1886.

Kaposi, Pathol. und Therap. der Hautkrankheiten. 2. Aufl. 1883.

Eulenburg's Realencyklopädie. XIX. Syphilis von Grünfeld. 2. Aufl. 1886.

Eulenburg's Realencyklopädie. XVI. Psoriasis von Z. 2. Aufl. 1886.

Lesser, Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten. 3. Aufl. 1887.

Dornig, Vierteljahrsschrift f. Dermatologie und Syphilis. 1886.

Fournier, Gazette des hôpitaux civils et militaires. 1886. Nr. 126.

Es ist mir eine angenehme Pflicht, meinem hochverehrten Chef und Lehrer, Herrn Professor Dr. R. Stintzing, für die gütige Ueberlassung dieser Arbeit, für die wohlwollenden Ratschläge und die freundliche Unterstützung bei Anfertigung derselben meinen tiefgefühltesten Dank auszusprechen.